



10/ 856

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Accidentes y Complicaciones Médico Quirúrgicas
en Cirugía Dental**

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

REBECA RAMÍREZ MALPICA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

ACCIDENTES DE LOS DIENTES	1
AGUJAS DENTALES ROTAS	2
RAICES FRACTURADAS	7
ALVEOLALGIA	10
DISLOCACIÓN DE LA MANDÍBULA	12
RAICES IMPULSADAS AL SENO MAXILAR (ANTRÓ DE HIGHMORE)	13
ENTUMECIMIENTO FACIAL Y PARÁLISIS	16
HEMORRAGIAS DENTARIAS	19
URGENCIA HEMORRAGICA	20
MUERTE REPENTINA, PARO CARDIACO	22
MEDIOS DE REANIMACIÓN, SHOCK ANAFILACTICO	25
ANGINA DE PECHO	26
INFARTO MIOCARDIO	27
REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA	29
CRISIS ASMÁTICA	33
CONCLUSIONES	40

PROLOGO

EL PRINCIPAL OBJETIVO QUE MOTIVO LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, ES HACER ENFASIS, ACERCA DE LA PREPARACIÓN QUE TODO ODONTÓLOGO DEBE TENER PARA PREVENIR, EVITAR O TRATAR ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.

LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN CUALQUIER MOMENTO A TODO ODONTÓLOGO OBLIGAN A ESTE, A ESTAR LO SUFICIENTEMENTE PREPARADO PARA SUBSANAR CUALQUIER EVENTUALIDAD.

LA PREPARACIÓN DEL ODONTÓLOGO DEBE SER TÉCNICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA. PARA REALIZAR ESTO SE NECESITA ESTAR ACTUALIZADO Y CONTAR CON EL EQUIPO Y MEDICAMENTOS ADECUADOS.

ESPERO QUE LOS TEMAS DESARROLLADOS AYUDEN EN FORMA CLARA Y PRECISA, DE MODO QUE RESULTEN LO MÁS PROVECHOSO POSIBLE PARA EL ODONTÓLOGO Y AL MISMO TIEMPO CONSTE: TUYA UN MANUAL DE CONSULTA INMEDIATA.

ACCIDENTES DE LOS DIENTES

ALGUNAS DEMANDAS JURIDICAS SE DEBEN A LA EQUIVOCACIÓN EN LA EXTRACCIÓN DE UNO O VARIOS DIENTES.

SI EL DENTISTA RECONOCE SU ERROR ANTES DE DAR DE ALTA AL PACIENTE, PUEDE REPONER EL DIENTE Y FIJARLO CON ALAMBRE EN SU ANTERIOR POSICIÓN SI ES POSIBLE DEBE LLENAR EL CONDUCTO RADICULAR.

PARA EVITAR ESTE DESAGRADABLE HECHO ES NECESARIO DIAGNOSTICAR CUAL ES EL DIENTE O DIENTES QUE SE DEBEN EXTRAER Y QUE DICHO DIAGNOSTICO JUSTIFIQUE AL EXTRACCIÓN.

ANTES DE LA EXTRACCIÓN Y PARA EVITAR LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES VECINOS LA FRACTURA DE SU CORONA O LA DISLOCACIÓN DE LA OBTURACIÓN SE DEBERA EXAMINAR LA RELACIÓN DE LA CORONA DEL DIENTE QUE VA A EXTRAER CON LA DE LOS VECINOS DE CADA LADO SI OBSERVA SUPERPOSICIÓN DE LAS CORONAS O DE LAS OBTURACIONES DEBE REDUCIR EL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL DIENTE QUE SE VA A EXTRAER SACANDO UNA PORCIÓN DE LA SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL CON UN DISCO DE CORTE LATERAL EN LA PIEZA DE MANO PARA DESPUÉS PODER LUXAR EL DIENTE CON SEGURIDAD,

PARA EVITAR LA PERDIDA POSTOPERATORIA DE UNO O VARIOS DIENTES VECINOS POR EXTIRPACIÓN EXCESIVA DE HUESO, EL DIENTE RETENIDO SERÁ SECCIONADO CON CIZALLA SACÁNDOLO EN TROZOS POR UNA VENTANA PEQUEÑA EN EL ALVEOLO Y CONSERVANDO EL HUESO AL REDOR DEL DIENTE VECINO.

INCLUYEN LA PERDIDA DE UNO O VARIOS DIENTES ADYACENTES SEMANAS O MESES DESPUÉS POR UNA PERDIDA GRANDE DE SOSTÉN - ÓSEO ALVEOLAR QUE SE EXTIRPÓ PARA PERMITIR LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE IMPACTADO O SE ELIMINÓ TAMBIÉN COMO SEQUESTRO POR UN EXCESO EN EL USO DE LA PUNTA DEL ELECTROCOAGULADOR AL DESTRUIR LA BASE DE UN TUMOR DE LAS PARTES BLANDAS PERIFÉRICAS DE LA ENCÍA.

AGUJAS DENTALES ROTAS

ESTA COMPLICACIÓN ES PRODUCIDA POR LA MALA -
TECNICA, MÁS QUE LA MALA CALIDAD DE LA AGUJA.

LA GRAN MAYORIA DE LAS AGUJAS ROTAS OCURRE -
DURANTE LA APLICACIÓN EN ANESTESIAS TRONCULARES.

CONSIDERACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE POSIBLES CAUSAS.

- 1) NO USAR AGUJAS DE DIÁMETRO # 2 PARA EL BLOQUEO DE LOS NERVIOS.
ES MÁS CONVENIENTE USAR AGUJAS DE 42 MM. —
POR LO MENOS, Y DE 4 ó 5 DE DIÁMETRO.
- 2) NO USAR AGUJAS EN MAL ESTADO O DE DIÁMETRO MUY FINES.
- 3) CONOCER EXACTAMENTE LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS POR LAS CUALES PASARÁ LA AGUJA.
- 4) LOCALIZAR LOS PUNTOS DE REFERENCIA CON EL DEDO ÍNDICE Y MANTENER ÉSTE EN CONTACTO CON DICHOS PUNTOS DE REFERENCIA DURANTE LA INYECCIÓN.
- 5) EL PACIENTE DEBE MANTENER LA BOCA ABIERTA Y QUIETA POR UN MOMENTO.
- 6) PASAR LA AGUJA DIRECTAMENTE SIN PARARSE A —
DEPOSITAR SOLUCIÓN CADA POCOS MILÍMETROS.
UNA AGUJA AFILADA PASA RÁPIDAMENTE A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS BIEN DESTENDIDOS.
- 7) NUNCA APLICAR PRESIÓN LATERAL SOBRE LA AGUJA PARA CAMBIAR DE DIRECCIÓN.
SIEMPRE DEBE RETIRARSE LA AGUJA; LOCALIZAR —
EL PUNTO INDICADO Y REVISAR MENTALMENTE LA —
TÉCNICA Y ANATOMÍA DE LA ZONA.

- 8) NUNCA FORZAR LA AGUJA A TRAVÉS DE TEJIDOS DURES QUE NORMALMENTE SE ENCUENTRAN EN EL CAMINO A SEGUIR.
ESTO INDICA QUE EL PASAJE SE ESTÁ HACIENDO A TRAVÉS DE UN MÚSCULO.
- 9) EN TODAS LAS APLICACIONES HAY QUE ASEGURAR SE DE NO INTRODUCIR LA AGUJA HASTA LA UNIÓN CON LA JERINGA, EN LAS INYECCIONES PROFUNDAS DEBE QUEDAR 1 CM. DE AGUJA FUERA DE LOS TEJIDOS, EN ANESTESIAS INFILTRATIVAS DEBE QUEDAR POR LO MENOS 2 CM. FUERA DE LA MUCOSA.
- 10) EL PACIENTE DEBE ESTAR COLOCADO DE MANERA - CONVENIENTE PARA PODER VER BIEN ILUMINADA - EL ÁREA INFILTRATIVA.

UNA VEZ ROTA LA AGUJA Y DESAPARECIDA EN LOS TEJIDOS BLANDOS LA CUESTIÓN ES:

¿ DEBEMOS DECIRLE AL PACIENTE LO SUCEDIDO?

LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA.

LOCALIZACIÓN DE AGUJAS ROTAS.

LA AGUJA ROTA AL NIVEL DEL SURCO MANDIBULAR -
PUEDE SER LOCALIZADA DE LAS SIGUIENTES MANERAS.

- 1) CON JERINGA TIPO LUER, SE HACE OTRA INYECCIÓN, CUIDANDO LOS PUNTOS DE LOCALIZACIÓN, PROFUNDIDAD Y DIRECCIÓN DE LA AGUJA.
SI EL PACIENTE NO ESTÁ BIEN ANESTECIDO, -
INJECTAR CON LENTITUD UNA CANTIDAD CONVE-
NIENTE.
- 2) COLOCAR AL PACIENTE PARA TOMAS RADIOGRÁFICAS POSTERO-ANTERIORES Y LATERALES DE MAXILAR Y LATERALES DE CABEZA.
ANTES DE TOMAR LAS RADIOGRÁFICAS.
- 3) DESCONECTAR LA JERINGA DEJAR LA AGUJA EN -
SU LUGAR.
PARA MANTENER LA AGUJA EN POSICIÓN, ES NECESARIO FIJAR EL INTERMEDIANIO A LA MEJILLA CON SUTURA DE GEDA, DE OTRA MANERA, LA AGUJA GUIA SE MOVERÁ DURANTE LA OPERACIÓN.
- 4) UBICAR LA CABEZA PARA TOMAR VISTA POSTERO-ANTERIOR DE LA MANDIBULA CON CUIDADO QUE -
EL PACIENTE MANTENGA BIEN ABIERTA LA BOCA DURANTE LA EXPOSICIÓN.
ESTAS DEBEN TOMARSE CON LA MANDIBULA EN ÁNGULO RECTO RESPECTO A LA PLACA Y DE MODO -
QUE EL RAYO CENTRAL PASE A TRAVÉS DE LA -
RAMA VERTICAL.
CON ESTA RADIOGRÁFICA ENCONTRAR LA POSICIÓN RELATIVA DE LA AGUJA ROTA, RESPECTO AL BORDE INTERNO DE LA RAMA.
- 5) LA RADIOGRÁFICA LATERAL NOS MUESTRA LA RELACIÓN ENTRE LAS DOS AGUJAS, SI LA AGUJA ROTA SE ENCUENTRA MÁS ALTA O BAJA, ADELANTE O ATRÁS DE LA AGUJA GUIA, LA IMPORTANCIA -
DE LA RADIOGRÁFICA LATERAL SERÁ PARA DEMOSTRAR SI EXISTE LA PRETENDIDA AGUJA ROTA O NO. LA PLACA DEBE ESTAR PARALELA CON LA BOCA ABIERTA Y EL RAYO CENTRAL PASE ATRAVÉS EN ÁNGULO RECTO POR LA MITAD DE LA RAMA.

- 6) Si las placas nos muestran que la aguja —
guía no está cerca de la aguja rota, habrá
que retirarla y volver a insertarla, tomar
de nuevo radiografías, hasta estar —
más próxima a la aguja rota.

TRATAMIENTO:

TECNICA PARA LA EXTIRPACION DE UNA AGUJA ROTA EN LA RE- CION MANDIBULAR.

UTILIZAR BUENA LUZ FRONTAL, COLOCAR AL PACIEN-
TE DE MODO QUE SE OBTENGA UNA VISTA AMPLIA DE LOS PILARES AN-
TERIORES DE LA MANDIBULA.

ADemás DE LA ANESTESIA DEL NERVI0 DENTARIO IN-
FERIOR, ES PRECISO, ANESTESIAR LOS NERVIOS PALATINOS Y POSTE-
RIORES, INYECTANDO A NIVEL DEL ORIFICIO PALATINO.

EN CASO QUE NUDIESE TRISTO SERÁ NECESARIO UTILI-
ZAR ANESTESIA GENERAL AL IGUAL SI EL PACIENTE ESTUVIERA MUY -
NERVIOSO Y SOLICITARA DICHA ANESTESIA.

LA ANESTESIA ENDOTRAQUEAL CON INDUCCION DE UN -
CARDIOTONICO ENDOVENOSO, ÓXIDO NITROSO Y OXIGENO CONVINAADOLO -
CON ALGUNOS AGENTES HALÓGENOS, SIN EMBARGO, MUCHOS PACIENTE -
PODRÁN SER OPERADOS CON ANESTESIA LOCAL, CON PREVIA ADMINIS-
TRACION DE PENTOTBARBITAL SÓDICO, DE 0.09 A 0.18 g., 45 MINUTOS
ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

NO DEBE PALPARSE LA REGIÓN PARA TRATAR DE LOCALI-
ZAR LA AGUJA DIGITALMENTE, YA QUE POR LO CONTRARIO, RESULTARÁ -
QUE LA PRESIÓN SOBRE ELLA DE INTRODUSCA EN TEJIDOS MÁS PROFUN-
DOS HACIENDO MÁS DIFÍCIL SU LOCALIZACIÓN.

HÁGASE UNA INCISIÓN EN LA MUCOSA DE LA SUPERFICIE INTERNA DE LA RANA DE 1.5 CM. POR DISTAL DEL BORDE ANTERIOR DE LA RANA Y 2 CM. MÁS O MENOS POR ENCIMA DEL SUPUESTO SITIO DE LA AGUJA.

LA INCISIÓN SE HACE UN ÁNGULO RECTO CON RESPECTO A LA AGUJA ROTA, NO ES NECESARIO PROFUNDIZAR DEMASIADO LA INCISIÓN, YA QUE EXISTE EL PELIGRO DE SECCIONAR EL NERVIOLINGUAL.

CON SEPARADORES SE MANTIENEN LOS BORDES DE LA INCISIÓN Y LOS ELEMENTOS PROFUNDOS SE DISSECAN CON INSTRUMENTOS ROMOS. HAY QUE CONTINUAR HASTA LLEGAR A LA AGUJA GUIA O A LA ROTA, SI SE LLEGA PRIMERO A LA AGUJA GUIA, HAY QUE SEGUIR BUSCANDO EN LOS TEJIDOS VECINOS.

AL LOCALIZAR LA AGUJA ROTA SE SUJETA CON PINZAS HEMOSTÁTICAS Y SE PROCEDE A EXTRAERLA.

LA HERIDA SE CIERRA CON UNO O DOS PUNTOS DE SUTURA DE SEDA 000 NEGRA, SEGÚN LA LONGITUD DE LA HERIDA.

SE PRECORIZAN GARGARAS DE AGUA TIBIA Y SALADA Y COMA DE MASCAR.

EN CASO DE HIPERTENSIÓN EVIDENTE EN LAS 24 HORAS DEL POSTOPERATORIO, EL PACIENTE SERÁ HOSPITALIZADO SI LA INTERVENCIÓN FUE EN CONSULTORIO CON ADMINISTRACIÓN DE ANTIDOTICOS.

AL PARECER POR LA DESCRIPCIÓN HECHA, SE PENSARÁ QUE LA EXTRACCIÓN FUE EN SI SENCILLA PERO LA REALIDAD ES QUE ES UN PROCEDIMIENTO CANSADO Y LABORIOSO.

LAS EXPLICACIONES SE REFIEREN A LAS AGUJAS ROTAS EN CUALQUIER PARTE DE LA CAVIDAD ORAL.

RAICES FRACTURADAS

E I O L O G I A :

LAS RAZONES DE FRACTURA SON MUCHAS Y MUY VARIAS ENTRE ELLAS MENCIONAREMOS ALGUNAS DE LAS POSIBLES ——— CAUSAS:

- 1) APLICACIÓN INPROPIA DE LOS MORDIENTES DE LA PIEZA PARA EXTRACCIÓN.
 - a) COLOCACIÓN DE LOS MORDIENTES SOBRE EL ESMALTE EN VES DEL CEMENTO.
 - b) COLOCACIÓN DE LOS MORDIENTES NO PARALELOS AL EJE LARGO DEL DIENTE.
- 2) PINZA INCORRECTA.
- 3) CARIES EXTENSA.
- 4) FRAGILIDAD DEBIDA A LA EDAD DEL PACIENTE O DESVITALIDAD DEL DIENTE.
LOS CONDUITOS OPTURADOS INDICAN LA POSIBILIDAD DE FRACTURA.
- 5) FORMACIÓN PECULIAR RADICULAR.
 - a) RAICES CURVAS.
 - b) HIPERCEMENTOSIS.
 - c) RAICES SUPERNUMERARIAS.
- 6) DENSIDAD EXCESIVA DEL MUECO DE SOSTEN A CAUSA DE:
 - a) OSTEOITIS CONDENSANTE.
 - b) DIENTES AISLADOS POR EXTRACCIÓN DE DIENTES ADYACENTES, ALGUNOS AÑOS ANTES.
 - c) PILARES DE PUENTES, FIJOS O RENOVIBLES, SOMETIDOS A GRAN ESFUERZO.

- d) ALIMENTOS Duros.
 - e) MASTICACIÓN DE TABACO.
 - f) BAJO GRADO DE GINGIVITIS CRÓNICA QUE DA LUGAR A PERIOSTITIS, CUYA CONSECUENCIA ES EXOSTOSIS LABIAL DE LA CORTICAL.
- 7) APLICACIÓN INCORRECTA DE LA FUERZA EN LA - EXODONCIA.
- a) DIRECCIÓN ERRÓNEA.
 - b) MOVIMIENTO BRUSCO DEL DIENTE.
 - c) MOVIMIENTO DE ROTACIÓN DONDE NO ESTÁ - INDICADO.
 - d) TIRONEAMIENTO DEL DIENTE.

MANEJO:

LAS RAÍCES FRACTURAS DEBEN SER EXTRAÍDAS EN EL MOMENTO MISMO DE LA INTERVENCIÓN PARA DESGARTAR UNA POSIBLE INFECCIÓN RESIDUAL.

LAS RAÍCES FRACTURADAS PUEDEN EN ESTE MOMENTO SER CAUSA DE INFLAMACIÓN O ACTUAR COMO IRITANTE MECÁNICO, - OCASIONANDO A SU VEZ UNA POSIBLE NEURALGIA DE OBSCURO O DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

AÚN CUANDO EL DIENTE NO ESTUVIERA INFECTADO, LA RAZZ PUEDE INFECTARSE EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN POR DESCOMPOSICIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR MÁS INVASIÓN DE BACTERIAS BUCALES.

CON EXCEPCIÓN, CUANDO UN PEQUEÑO ÁPICE SE ENCUENTRA LOCALIZADO CERCA DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS IMPORTANTES EN LAS CUALES EL FRAGMENTO PUEDE POR INADVERTENCIA SER FORZADO EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN, SERÁ MÁS CONVENIENTE NO REALIZAR LA EXTRACCIÓN DEL MISMO.

PARA REALIZAR LA ODONTECTOMIA DE RAÍCES ES NECESARIO EXPONER DE MANERA ADECUADA LA CORTICAL ÓSEA VESTIBULAR EN EL LUGAR DE LA INTERVENCIÓN.

PREPARACION DEL COLGAJO:

- 1) EL COLGAJO DEBERÁ SER LO SUFICIENTEMENTE GRANDE PARA UNA BUENA VISUALIZACIÓN Y UN BUEN ACCESO PARA - TODAS LAS PORCIONES DEL HUESO QUE SE VA A ELIMINAR.
- 2) LA BASE DEL COLGAJO DEBERÁ SER AMPLIA - PARA ASEGURAR UN BUEN APOORTE SANGUINEO A LOS TEJIDOS REFLEJADOS.
- 3) LOS MÁRGENES DEL COLGAJO DEBERÁN SER REDONDEADOS PARA FAVORECER A LA CICATRIZACIÓN SIN PRODUCIR ESQUINLAS.
- 4) EL COLGAJO DEBERÁ INCLUIR TODO EL MUO-- PERIOSTIO.
- 5) SI LA INCISIÓN PARTE DE LA CRESTA DE LA PAPILA INTERDENTARIA, AYUDA A LA NORMAL CICATRIZACIÓN Y AUMENTO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ALREDEDOR DE LOS QUELLOS DE - LOS DIENTES ADYACENTES,
- 6) EL COLGAJO SE EFECTUARÁ DE TAL FORMA QUE CUANDO SE VUELVA A SU POSICIÓN ORIGINAL LOS MÁRGENES O BORDOS SECAJEN SOBRE HUESO SANO.

ALVEOLALGIA

DEFINICIÓN:

DOLOR DEL ALVEOLO.

ALVEOLO SECO, ALVEOLO DOLOROSO, ALVEOLO INFECTADO, ALVEOLO NECRÓTICO, ALVEOLITIS Y OSTIOMIELITIS LOCALIZADA Y POR EXTRACCIÓN.

DOLOR QUE PUEDE SER DESDE LEVE HASTA EXASPERANTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE O MÁS.

EN GENERAL EL DOLOR EMPIEZA AL DÍA SIGUIENTE DE LA EXTRACCIÓN.

ETIOLOGÍA:

EN LOS CASOS DE OSTIITIS DEFENSIVA U OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, APARECE CONCENTRACIÓN DE CALCIO ALREDEDOR DE LA RAÍZ, DESPUÉS QUE UN DIENTE ES EXTRAÍDO ESTA PARED DENSA — IMPIDE LA RÁPIDA ORGANIZACIÓN DEL COÁGULO, QUE SE COLAPSA — EXPONIENDO LAS PAREDES CRISIFORMES DEL ALVEOLO.

EL TRAUMATISMO ES FACTOR IMPORTANTE EN MUCHOS CASOS, ESPECIALMENTE CUANDO SE UTILIZAN PRESAS PARA MUELO Y APLICACIÓN REPETIDA DE BOTADORES.

EN ALGUNOS CASOS IMPLITRACIÓN DE DROGAS ÁCIDAS E ISQUEMICA,

OTRA DE LAS CAUSAS ES LA ENTRADA DE SALIVA EN EL ALVEOLO EN LOS CASOS DE EXTRACCIONES SIMPLAS DE DIENTES VITALES, LA SALIVA CARGADA DE MICROORGANISMOS COMO ESTREPTOCOCCOS O DIPLOSTREPTOCOCCOS SON FACTORES ETIOLÓGICOS MUY IMPORTANTES EN LA ALVEOLALGIA.

TRATAMIENTO:

SE IRRIGA EL ALVEOLO CON BUENO FISIOLÓGICO TIBIO, SE SECA SUAVEMENTE Y SE AISLA CON GASA, SE COLOCA UNA GASA YODOFORMADA SATURADA CON EUGENOL, SE PREPARA UNA PASTA CON ÓXIDO DE ZINCO EUGENOL Y SE COLOCA SOBRE EL ALVEOLO, PARA PROTEGERLO DE LA ENTRADA DE ALIMENTO Y SALIVA.

ESTO SE REPITE POR DOS O TRES DÍAS.

DISLOCACION DE LA MANDIBULA

LA MANDIBULA PUEDE SER DISLOCADA POR LA PRESIÓN - EXCESIVA DEL DENTISTA O PORQUE EL PACIENTE ABRE DEMACIADO LA - BOCA, EL PACIENTE PUEDE REDUCIR INMEDIATAMENTE ESTA DISLOCACIÓN, EN OTROS CASOS ES EL DENTISTA QUIEN DEBE REDUCIRLA MANUALMENTE TOMANDO CADA LADO DE LA MANDIBULA CON SUS PULGARES SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES INFERIORES Y EJERCIENDO PRESIÓN HACIA ABAJO Y ATRÁS.

SI ESTO NO SE PUEDE HACER INYECTESE 1 CC. DE ANESTESIA LOCAL EN CADA FOSA MANDIBULAR.

ESTA INYECCIÓN ANESTESIA EL PTERIGOIDEO EXTERNO, - QUE MANTIENE LA MANDIBULA HACIA ADELANTE, RELAJÁNDOLO Y PERMITIENDO QUE RETROCEDA AL DISMINUIR EL TONO DE LOS MUSCULOS MANDIBULARES.

ESTA DISLOCACIÓN SE REDUCE A VECES ESPONTÁNEAMENTE Y EN Ocasiones TAN RÁPIDO QUE HAY QUE SACAR CON PREMURA LA AGUJA DE LA ANESTESIA LOCAL PARA EVITAR QUE SE RUMPA.

SI NO SE REDUCE ESPONTÁNEAMENTE LE PUEDE REDUCIRSE CON LIGERA DIFICULTAD Y POCO RIESGO DE PERDER SUS PULGARES.

SE COLOCA UN VENDAJE ELÁSTICO DE BANTON PARA MANTENER LA MANDIBULA EN SU SITIO POR 48 HORAS, SE LE ADVIERTE AL PACIENTE QUE NO ABRA MUCHO LA BOCA SIENDO HASTA EL GROSOR DE UNA - CUCHARA, DURANTE DOS SEMANAS, MIENTRAS SE CURA LA CÁPSULA FORZADA O DESCARRADA.

SI LA DISLOCACIÓN SE HACE CRÓNICA SE APLICAN INYECCIONES ESCLERIZANTES PARA PRODUCIR UNA FIBROSIS.

CUANDO EL PACIENTE ESTA SOMETIDO A ANESTESIA GENERAL PIERDE SU MECANISMO NORMAL DE DEFENSA CONTRA LA DISLOCACIÓN DE LA MANDIBULA, ES FÁCIL PARA EL DENTISTA QUE NO HA RECONOCIDO ESTE HECHO, DISLOCAR LA MANDIBULA, MUCHOS PACIENTES REFIEREN QUE EL ACCESO DE HIPERMÓVILIDAD, EL CHASQUIDO ARTICULAR SE HICIERON EVIDENTES DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN INTRABUCAL CON ANESTESIA GENERAL.

RAICES IMPULSADAS AL SENO MAXILAR (ANTRO DE HIGHMORE)

PARA EVITAR QUE LAS RAICES VAYAN AL SENO MAXILAR ES NECESARIO EXTREMAR LOS CUIDADOS EN LA EXTRACCIÓN DE RAICES - FRACTURADAS DE DIENTES SUPERIORES CUANDO LAS RADIOGRAFÍAS RE VELAN LA PROXIMIDAD DEL PISO DEL SENO MAXILAR.

NUMCA EJERCER PRESIÓN EN EL EXTREMO DE UN FRAGMENTO HABICULAR CON UN BOTADOR.

HAY QUE TENER BUENAS RADIOGRAFÍAS Y BUENA VISIBILIDAD NUMCA TRABAJAR A CIEGAS EN UN ALVEOLO LLENO DE SANGRE.

USAR EL ASPERADOR PARA MANTENER EL ALVEOLO BIEN LIMPIO.

EL ESTUDIO RADIOGRAFICO ES UN MEDIO MUY VALIOSO PARA - PREVENIR LOS ACCIDENTES DE ESTA NATURALEZA, ES DECIR, LA CAÍDA ACCIDENTAL DE RAICES O DE UN DIENTE EN EL ANTRO.

SI LA RAZ DE UN DIENTE HA SIDO POR INADVERTENCIA IMPULSADA AL SENO MAXILAR PRACTICAREMOS PARA SU EXTRACCIÓN LA SIGUIENTE TÉCNICA

- a) RADIOGRAFAR LA ZONA PARA LOCALIZAR LA RAZ.
- b) NO INTENTAR EXTRAERLA SIN RADIOGRAFÍAS.
- c) TOMAR EN CUENTA QUE AUNQUE LA RAZ NO ESTE EN EL ALVEOLO PUEDE NO HABER PERFORADO LA MUQUOSA ANTRAL Y HABER QUEDADO DEBAJO DE ESTA Y NO EN LA CAVIDAD SINUSAL.

SI RADIOGRAFICAMENTE SE VE QUE LA PUNTA DE LA RAZ - ESTA MUY CERCA DEL ALVEOLO SE USARA LAS SIGUIENTES TÉCNICAS.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE RAICES IMPULSADAS

AL SENO MAXILAR..

TECNICA INDICADA PARA EL TERCER MOLAR SUPERIOR.

CUANDO LA PARTE APICAL NISO BUCAL DE LA TERCER RAÍZ DEL PRIMER MOLAR SE FRACTURO DURANTE LA EXTRACCIÓN Y AL INTENTAR SU EXTRACCIÓN SE LA FORZO HACIA EL SENO A TRAVÉS DE UNA LÁMINA DE HUESO ADELGAZADO QUE LO SEPARABA DE LA CAVIDAD SINUSAL.

SE REQUIERE UN GRAN COLGAJO BUCAL QUE ABARQUE DE LA CARA MENTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR A LA CAR DISTAL DEL SEGUNDO - MOLAR SIGUIENDO EL CONTOURNO DEL CUELLO DE LOS DIENTES.

SE LEVANTA EL COLGAJO Y SE EXTIRPA EL HUESO DEL LADO BUCAL Y EL INTRARADICULAR DE SER NECESARIO, CON PINZA GUÍAS DE EXTREMOS CONSTANTES PARA TENER MEJOR ACCESO Y PARA FACILITAR EL CIERRE SUBGANTRAL.

EL ÍPICE RADICULAR PUEDE SER TOMADO POR LA CURETA Y EXTRAÍDO O AL HUESO MOVILIZADO A UNA POSICIÓN PROPICIA PARA SU EXTRACCIÓN CON EL FÓRCEPS PARA FRAGMENTOS APICALES.

OTRA AYUDA DE GRAN VALOR PARA DEBILIZAR EL FRAGMENTO DE RAÍZ ES LA QUE BRINDA UNA BORDA PARA CONDUCTOS CON EL EXTREMO EN FORMA DE ASA. USÁNDOLO PARA ATRAPAR Y ARRASTRAR EL RESTO DE RAÍZ HASTA EL ORIFICIO, LA PUNTA DE LA RAÍZ SE TOMA Y EXTRAE CON EL FÓRCEPS DE PUNTA FINA PARA FRAGMENTOS APICALES.

PARA LA EXPOSICIÓN Y CIERRE POSTERIOR DE DIGNA COMUNICACIÓN SE REQUIERE DE UN GRAN COLGAJO BUCAL, ESTO PERMITIRÁ AL CÁLSULO ORGANIZARSE SIN QUE TENGA QUE SOPORTAR GRAN PRESIÓN DEL LADO BUCAL DURANTE LA MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN. SI ES NECESARIO SE EXTIRPA EL HUESO CORTICAL LINGUAL Y BUCAL CON LA PINZA GUBIA PARA PERMITIR LA APROXIMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS - BUCAL Y LINGUAL.

CUANDO RADIOGRAFICAMENTE SE VE LA PUNTA DE LA RAÍZ SITUADA A MAYOR DISTANCIA DEL ALVEOLO EN PLENO SENO LA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE:

TÉCNICA PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN FRAGMENTO DE RAÍZ DEL SENO MAXILAR MEDIANTE ASPIRACIÓN

- a) SI LA PUNTA DE LA RAÍZ LINGUAL DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR FUE PENETRADA HACIA EL SENO - MAXILAR.
INICIAREMOS CON UNA INCISIÓN SEMICIRCULAR A NIVEL DEL VESTIBULO BUCAL.
- b) CUIDADOSAMENTE SE EXTIRPA LA LÁMINA CORTICAL MEDIANTE GIZALLA Y REALIZAR EL CORTE DE LA - SELADA HUGOSA DEL SENO MAXILAR.
- c) SE COLOCA EN EL SENO LA PUNTA PEQUEÑA DEL ASPIRADOR, LA CUAL TOMA LA PUNTA DE LA RAÍZ Y LA EXTRAE.
- d) SE COLOCA EL COLGAJO EN SU LUGAR Y SE SUTURA CON CATGUT O SEDA.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE UN DIENTE COMPLETO EN EL SENO MAXILAR.

EL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO ES EL DIENTE QUE CON MAYOR FRECUENCIA ES EMPUJADO HACIA EL SENO MAXILAR.

TAMBIÉN LOS CANINOS RETENIDOS EN VESTIBULAR PUEDEN SUFRIR ESTA COMPLICACIÓN.

- a) HÁGASE UNA INCISIÓN CURVA ALTA POR ENCIMA DE LAS RAÍCES DE CANINO A MOLAR.
- b) LEVANTESE EL COLGAJO.
- c) CÓRTESE AL TRAVÉS DE LA LÁMINA VESTIBULAR SUIZANDO NO EXPONER LAS RAÍCES DE CUALQUIERA DE ESTOS DIENTES.
- d) AMORÁNDESE LA ABERTURA DE MODO QUE EL DIENTE - PUEDA SER TOMADO CON LA PINZA NEMOSTÁTICAMENTE CURVA Y EXTRAÍDO.
- e) COLOQUESE EL COLGAJO EN SU LUGAR Y SUTURECE.

ENTUMECIMIENTO FACIAL Y PARÁLISIS

EL TRAUMATISMO SOBRE EL TRONCO NERVIOSO PUEDE —
CONSISTIR EN SECCIÓN, APLASTAMIENTO O DESGARRE DEL NERVIIO.

LESIONES QUE TRADUCEN EN NEURITIS, NEURALGIAS O —
ANESTESIAS EN ZONAS DIVERSAS.

LOS ACCIDENTES MÁS IMPORTANTES SON LOS QUE TIENEN
LUGAR SOBRE EL NERVIIO PALATINO ANTERIOR, DENTARIO INFERIOR
Y MENTONIANO, LA DURACIÓN DEPENDE DE LA EXTENSIÓN DE LA —
LESIÓN.

LA PARÁLISIS FACIAL TEMPORARÍA PUEDE PRODUCIRSE —
POR INYECCIÓN DE VECINDAD, EDEMA, TOXEMIA, APLASTAMIENTO O
EMPRÍAUMENTO.

PARÁLISIS DE BELL — PARÁLISIS FACIAL

LA PARÁLISIS DE BELL ES EL NOMBRE DE LA PARÁLISIS
PERIFÉRICA QUE ENLOBA TODAS LAS RAMAS PERIFÉRICAS DEL NER
VIO EN EL LADO APECTADO (ES GENERALMENTE UNILATERAL).

NO ES UNA COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA BUCAL AUNQUE
LA INYECCIÓN DE UN ANESTÉSICO LOCAL MÁS ALLÁ DE LOS LIMI
TES HABITUALES PUEDE ALCANZAR UNA DE SUS RAMAS O VARIAS PRO
DUCIENDO UNA PARÁLISIS TRANSITORIA QUE DESAPARECE CUANDO EL
ANESTÉSICO SE NEUTRALIZA.

SERÁ NECESARIO PARA RECONOCER SU LESIÓN Y LOS SII
TOMAS QUE PRODUCE (IMPOSIBILIDAD DE CERRAR EL OJO, ARRUGAR
LA FRENTE Y ELEVAR LOS LABIOS).

EN MUCHOS CASOS HAY EN LA ZONA RETROAURICULAR —
(SOBRE EL ORIFICIO ESTILOMASTOIDEOS) DOLOR QUE SE PUEDE —

IRRADIAR HACIA LOS DIENTES Y QUE SE INTERPRETA MAL COMO DOLOR DE MUELAS.

EL DENTISTA DESPUÉS DE HACER LA EXTRACCIÓN, NO TARA QUE A LAS 24 ó 48 HORAS APARECE LA PARÁLISIS FACIAL, Y EL PACIENTE CULPA AL PROFESIONAL POR SU INTERVENCIÓN.

MUCHAS VECES NO HAY SÍNTOMAS Y LA PARÁLISIS APARECE DE GOLPE.

EN LA PARÁLISIS DE BELL VERDADERA PARECE QUE - HAY INFLAMACIÓN AGUDA LOCALIZADA EN EL NERVIO FACIAL EL - EDEMA COMPRIME EL NERVIO EN SU ESTRECHO CONDUCTO Y LO PARA LIZA Y SON DE ETIOLOGIA OSCURA, ALÉRGICAS, TRAUMATISMOS, CO NSIENTES DE AIRE, TOXICOS.

SON LAS ETIOLOGIAS PROBABLES PERO NO PROBADAS.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

LA PARÁLISIS DE BELL COMIENZA DE MANERA REPEN- TINA VA ACOMPAÑADA DE DOLOR QUE CALMA EN HORAS.

TRATAMIENTO:

PARÁLISIS DE BELL AGUDA INMEDIATA.

CUANDO MÁS PRECOZ EL TRATAMIENTO, TANTO MEJOR EL RESULTADO (DESPUÉS DE 10 DÍAS, EL DAÑO ES IRREPARABLE).

SE COMIENZA CON TRATAMIENTO ESTEROIDE, CORTISONA 100 MG., CUATRO VECES AL DÍA DURANTE LOS TRES PRIMEROS - - - DÍAS. Si LA MEJORA ES VISIBLE, LA DOSES SE REDUCIRÁ A 300 MG., POR DÍA EN CUATRO TOMAS, DURANTE TRES DÍAS Y A CONTI- NUACIÓN SE VA DISMINUYENDO.

SI LA RESPUESTA ES POBRE, SE AUMENTARA LA DO SIS A 500-600 MG., AL DIA DURANTE TRES DIAS, DO SIS POR LO - GENERAL SUFICIENTE, QUE SE VA REDUCIENDO DIA A DIA Y FINALIZA EL DÉCIMO, PARA LOS NIÑOS LAS DO SIS DEPENDEN DEL PESO.

CONTRAINDICACIONES: ULCERA, DEABETES, TUBERCULOSIS ETC.

DURANTE LA FASE AGUDA, DEBE PROTEGÉRSE EL OJO - YA QUE NO SE PUEDE CERRAR CON GOTAS O POMADAS.

INYECCIONES DE VITAMINAS, FISIOTERAPIA.

SI HAY SOLO, LOS ANALGESICOS SE USAN UN DIA O DOS

DE DIEZ DIAS A SEIS SEMANAS, SI LA PARÁLISIS PERSISTE O NO HA SIDO BIEN TRATADA SE UTILIZARÁN VITAMINAS, MÁSAJES ETC. ADENAS DE LOS ESTEROIDES.

DESPUÉS DE LAS SEIS SEMANAS, SI NO HAY TODAVÍA - SIGNOS DE RECUPERACIÓN SE PROCEDE A LA DESCOMPRESIÓN QUIRÚRGICA DEL NERVIO EN SU CANAL, SE SIGUE CON LA TERAPÉUTICA DE SOSTÉN COMO MEDIDA DE ORDEN PSICOLÓGICO, DESPUÉS DE DOCE MESIS SI LA MEJORA ES LEVE O NULA HAY DEFORMACIÓN FACIAL, EL PACIENTE SE CONFORMA CON DICHA DEFORMACIÓN FACIAL PARA VIVIR.

SI LA ASIMETRÍA ES GRANDE HAY VARIAS OPERACIONES PLÁSTICAS Y NEUROQUIRÚRGICAS PARA MEJORAR ESTA SITUACIÓN.

ANASTOMOSIS DEL ESPINAL O HIPOBLOSO CON EL TRIGÉMINO PUEDEN DEPARAR ÉXITOS, COMO LA INSERCIÓN DE TENSORES - FASCIALES PARA MEJORAR LA CAÍDA DE LA CARA EN LA POSICIÓN DE REPOSO.

HEMORRAGIAS DENTARIAS.

LA MAYORÍA DE LAS HEMORRAGIAS PRODUCIDAS POR LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE SON DE ORIGEN ÓSEO, Y EL MÉTODO MÁS SIMPLE PARA DETENERLAS ES EL TAPONAMIENTO.

SE PROCEDE DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A) LIMPIAR LA CAVIDAD ÓSEA, RETIRANDO EL COÁGULO DE MALA CALIDAD Y LAS PEQUEÑAS ESQUIRAS ÓSEAS O RESTOS DE RAÍCES QUE HUBIERAN PODIDO QUEDAR.
ESTO DEBE ESTAR A CARGO, PREFERENTEMENTE - DE UN ODONTÓLOGO.
- B) LAVAR CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA O CON SUERO FISIOLÓGICO.
- C) TAPONEAR EL ALVEOLO CON GASA YODOFORMADA (NUNCA CON ALGODÓN).
- D) EL TAPONAMIENTO SE HARA EJERCIENDO BASTANTE PRESIÓN, Y SE DEBE DEJAR POR LO MENOS DE 24 A 48 HORAS.
- E) LOS TAPONES RETIRADOS A LOS POCOS MINUTOS NO PRODUCEN RESULTADOS SATISFACTORIOS.
- F) EL TAPONAMIENTO CON GASA ES EL MÉTODO MÁS EFICAZ PARA COMBIR ESTE TIPO DE HEMORRAGIAS. Y SE CONSIDERA INNECESARIO OTROS PROCEDIMIENTOS MECÁNICOS QUE UTILIZAN LA CERA, EL YESO LAS SUJÍAS ALVEOLARES, ETC.,
SU ACCIÓN SE PUEDE REFORZAR ENDEBIENDO LA GASA CON CIERTAS SUSTANCIAS COMO.
 - 1) CLORURO DE ADRENALINA AL 1%
 - 2) SOLUCIÓN ESTERIL DE GELATINA DEL 5 AL 10%
 - 3) COAGULENO (CIBA) 6 TROMBOPLASTINA (SQUIBB)
 - 4) LECHE DE MUJER.

SIEMPRE ES CONVENIENTE COMPLEMENTAR ESTE TRATAMIENTO LOCAL CON LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE MEDICAMENTOS - QUE AUMENTAN EL PODER COAGULANTE DE LA SANGRE;

EJEMPLO:

VITAMINA K (KONAKIÓN) 1 AMPOLLETA IN DE 10MG CADA SEIS HORAS.

URGENCIA HEMORRAGICA:

UNA HISTORIA CLINICA BREVE, CON FRECUENCIA PUEDE DILUCIDAR EL PROBLEMA. UNA HISTORIA FAMILIAR DE SANGRADO, O DE TRANSFUSIONES REPETIDAS, PARA OPERACIONES QUIRURGICAS MENORES SUGIERE UN TRASTORNO CONGÉNITO DE LA COAGULACIÓN — SI LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA TIENEN DICHA HISTORIA SUBSISTIVA DE SANGRADO SON VARONES, PIENSESE EN LOS SINDROME — HEMOFILICOS.

LOS ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO O DE ICTERICIA INDIICAN UNA ETIOLOGIA HEPÁTICA. SE DEBERA SOSPECHAR DE TODOS — LOS MEDICAMENTOS. LA ASPIRINA, UN COMPUESTO MUY USADO, DEL — CUAL SE ABUSA EN EXCESO, POSEE EFECTOS HEMOSTATICOS PROFUNDOS

LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE, PUEDE CONSIDERARSE COMO STRESS HEMOSTATICO MAYOR, ANTES DE INICIAR UNA EXTRACCIÓN ES IMPORTANTE INTERROGAR LOS ANTECEDENTES ANOTADOS Y BUSCAR METICULOSAMENTE DATOS DE SANGRADO A NIVEL DE MUÑECAS Y ENCLAS.

TRASTORNOS CONGÉNITOS:

ES ÚTIL PENSAR EN TÉRMINOS DE TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN ADQUIRIDOS. LAS PISTAS PARA UN TRASTORNO DE SANGRADO CONGÉNITO SERÁN UNA HISTORIA FAMILIAR, CON ANTECEDENTES — HABITUALMENTE POSITIVOS. LOS ANTECEDENTES QUE SE ENCUENTRAN CON MAYOR FRECUENCIA SON HEMOFILIA.

A.— DEFICIENCIA DEL FACTOR VIII

B.— DEFICIENCIA DEL FACTOR IX.

ESTOS TRASTORNOS PUEDEN SER LEVES CON ANTECEDENTES NEGATIVOS, A MENOS QUE HAYA HABIDO UN STRESS QUIRURGICO O — TRAUMATICO. LA HEMOFILIA A Y B SON PADECIMIENTOS LIGADOS AL CROMOSOMA X QUE ESTAN CONFINADOS EXCLUSIVAMENTE A VARONES.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE PLASMA FRESCO.

TRASTORNOS ADQUIRIDOS TROMBOCITOPENIA (DISMINUCIÓN DE PLAQUETAS).

PUEDEN DIAGNOSTICARSE CON FACILIDAD, CLINICAMENTE VAMOS A ENCONTRAR PETEQUIAS, (PUNTILLOS ROJIZO EN VARIAS PARTES DEL CUERPO LAS CUALES DESAPARECEN A LA PRESIÓN). EQUIMOSIS (COLORACIÓN VIOLACEA POSTERIOR A TRAUMATISMOS COMUNEMENTE QUE EN ESTA ENFERMEDAD SE ENCUENTRAN SIN CAUSA APARENTE).

SANGRADOS A DIFERENTES NIVELES, ENCÍAS, MUCOSAS NASALES, EL DIAGNOSTICO ES FACIL CUANDO EN UNA SIOMETRIA - HEMATICA ENCONTRAMOS LA CUENTA PLAQUETARIA POR ABAJO DE - 60000.

EL TRATAMIENTO INICIAL INDICADO ES LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS, Y POSTERIORMENTE VALORAR - POR SU MÉDICO DE ASUERO A LOS RESULTADOS DE REGULA OSEA EL USO DE ESTEROIDES Y LA SUPLENECTOMIA.

INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS:

EN EL PACIENTE QUE ESTÁ SANGRANDO SE DEBERÁ SO PEGHAR DE TODOS LOS MEDICAMENTOS.

A MENOS QUE ALGÚN MEDICAMENTO SEA ABSOLUTAMENTE- INDISPENSABLE PARA EL PACIENTE DEBERÁN DESCONTINUARSE TODOS

UN PROBLEMA INDUCIDO POR MEDICAMENTOS, DEBERÁ DECI- SAPARECER EN 7 A 10 DÍAS A MENOS QUE HAYA DABAÑO LA MEDULA OSEA.

MUERTE REPENTINA, PAÑO CARDIACO

MEDIO DE REANIMACION

DEFINICION:

MUERTE NATURAL.- SE DESCARTA ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS.

MUERTE RAPIDA.- INSTANTANEAMENTE O DENTRO DE LA PRIMERA HORA.

MUERTE IMPERADA.- EN INDIVIDUOS CON O SIN ENFERMEDAD PREVIA.

INCIDENCIA Y ETIOLOGIA

ALCANZA DEL 15 - 50% DE LAS MUERTES, EL 80-90% DEPENDEN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ESPECIFICAMENTE - CARDIOPATIA CORONARIA.

EL 10% RESTANTE DE LAS MUERTES SE DEBE A EM BOLISMO PULMONAR, ENFERMEDAD AÓRTICA, ENFERMEDAD MIOCARDIACA HIPERTENSIÓN PULMONAR, ARRITMIAS Y BLOQUEO, ANEURISMA DISCANTE.

ENTRE LAS CAUSAS NO CARDIOVASCULARES DE MUERTE REPENTINA SE ENCUENTRAN.

- A) LA QUE OCURRE DURANTE INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
- B) POR ANFISIA.
- C) ACCIDENTE CEREBRAL.
- D) POR HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL O GENITO-URINARIA BASIVA.

- L) MUERTE POR INYECCIONES DE MEDICAMENTOS (CONTRASTES RADIOLOGICOS).

FISIOPATOLOGIA:

EN GENERAL LA MUERTE REPENTINA SE PRODUCE - POR PARO CARDIACO, EL CUAL PUEDE DEFINIRSE COMO Cese REPENTINO DE LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN PARA EXPULSAR LA SANGRE.

ESTE PUEDE OCURRIR DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

- A) FIBRILACIÓN VENTRICULAR;
ACTIVIDAD ELECTRICA DEL CORAZÓN INCOORDINADO SIN CONTRACCIÓN MECANICA EFECTIVA.
- B) ARISTOLE;
NO EXISTE ACTIVIDAD ELECTRICA Y TAMPOCO CONTRACCIÓN.
- C) RITMO AGONAL;
COMPLEJOS VENTRICULARES, ANCHOS, IRREGULARES Y EN GENERAL BRADICARDICOS.

ES POSIBLE DEFINIR COMO MUERTE CLINICA EL VENID DO EN QUE LA CIRCULACIÓN HA CESSADO, PERO EXISTE AUN VIDA CELULAR A NIVEL CELULAR, PUEDE DURAR DE CUATRO AL SEIS MINUTOS.

TRAS LA MUERTE CLINICA SOBREVIENTE LA CELULAR E IRREVERSIBLE DENOMINADA MUERTE BIOLOGICA.

CLINICA Y DIAGNOSTICO:

TODA PERDIDA DEL CONOCIMIENTO REPENTINO, DEBE SUGERIR PARO CARDIACO, SIEMPRE NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO.

LOS TRES ASPECTOS QUE EXIGEN LA RAPIDA REANIMACIÓN SON LOS SIGUIENTES.

- A) PERDIDA DEL CONOCIMIENTO.
- B) AUSENCIA DE PULSO.
- C) FALTA DE LATIDO CARDIACO.

REANIMACIÓN:

LO PRIMERO QUE SE DEBE HACER ES DAR UN GOLPE - FUERTE EN EL PECHO.

LA REANIMACIÓN TIENE DOS OBJETIVOS:

- A) MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA CIRCULACIÓN Y DE LA VENTILACIÓN.
- B) RESTABLECIMIENTO DEL LATIDO CARDIACO.

LA VENTILACIÓN SE REALIZA BOCA A BOCA A RAZÓN DE VEINTE INSUFLACIONES POR MINUTO, LA MANDIBULA SE EMPUJA HACIA ADELANTE, LA NARIZ SE OCLUIRA AL INSUFLAR.

MASAJE CARDIACO:

CON EL TALÓN DE LA MANO SOBRE LA PARTE INFERIOR DE ESTERNON, SE EJERCEN PRESIONES RÍTMICAS OPRIMIENDO VIGOROSAMENTE SESENTA VECES POR MINUTO.

LOS MEJORES RESULTADOS SE OBTIENEN CUANDO EL - PACIENTE DESCANSA EN UNA SUPERFICIE DURA COMO EL SUELO.

SHOCK ANAFILACTICO

LO PROVOCAN EN PACIENTES PREVIAMENTE SENSIBILIZADOS, SOBRE TODO; A LOS SUECOS ANTIDIFTÉRICOS Y/O ANTITETANICOS, PENICILINA, LOS CONTRASTES YODADOS, LA PROCAINA Y A VECES LOS BARBITÚRICOS.

ESTUDIO CLINICO: SE DIAGNOSTICA PORQUE BRUSCAMENTE DESPUÉS DE ADMINISTRAR ESTOS FARMACOS SURGE UN ESTADO ALARMANTE DE URTICARIA CON PICOR ASOCIADO A DIBNLA, CIANOSIS E HIPOTENSIÓN, CON SUDOR FRIO Y APATÍA O ANGUSTIA INTENSA, SEGUIDA A VECES DE INCONCIENCIA Y MUERTE, SI NO SE TRATA INMEDIATAMENTE.

TRATAMIENTO: ES DE URGENCIA REALIZAN INYECCIONES INTRAMUSCULARES DE ADRENALINA (1 ML C/CINCO MINUTOS 3 VECES), JUNTO CON 100 MG DE PREDNISONA Y 50 MG DE BENADRIL POR VÍA VENOSA; MANTENER LA CABEZA BAJA LEVANTAR LAS PIERNAS Y DAR OXIGENO.

SI SE PRODUCE REACCIÓN ASMÁTICA, ESTA SUELE CEDER CON 250 MG. DL AMINOFILINA EN INTRAVENOSA.

EN CASO DE EDEMA GLOTICO, QUE LOS GLUCOCORTICOIDES Y ADRENALINA PRECITADOS NO RESUELVAN, EFECTUAR TRAQUEOSTOMÍA.

ANGINA DE PECHO

AFECCIÓN GENERALMENTE DE ADULTOS, CASI SIEMPRE - HOMBRES, FUMADORES, QUE EN OCASIÓN DE UN ESFUERZO, EMOCIONES, FRÍO O VIENTO SON ATACADOS REPENTINAMENTE POR UN FUERTE DOLOR CONSTRICTIVO RETROESTERNAL, FIJO, IRRADIADO AL HOMBRO O BRAZO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE SENSACIÓN DE MUERTE PRÓXIMA, QUE CALMA EN SEGUNDOS O MINUTOS CON EL REPOSO Y CEDE CON LA ADMINISTRACIÓN DE TRINITINA.

ES LA INSUFICIENCIA CORONARIA AGUDA TRANSITORIA. EL ENFERMO SE PRESENTA SUDOROSO, PÁLIDO Y SU FACIES TRAEGE ANGUSTIA.

EL EXAMEN CARDIOLÓGICO ILUSTR POCO, EN CONTRASTECON LAS MANIFESTACIONES SUBJETIVAS Y CASI SIEMPRE ES NEGATIVO. A VECES SE PRESENTAN EXTRASISTOLES, TAQUICARDIA, - LA PRESIÓN ARTERIAL SUELE SER NORMAL, Y AUN PUEDE ELEVARSE TRANSITORIAMENTE.

INTERESA DIFERENCIAR A LA ANGINA DE PECHO DEL - INFARTO MIOCARDIO:

EL INFARTO MIOCARDIO OCASIONA UN DOLOR QUE NO - CEDE CON LA TRINITINA Y SE PROLONGA, CAUSA HIPOTENSIÓN UN SHOCK Y TAQUICARDIA,

TRATAMIENTO:

- 1.- VASODILADORES DE ACCIÓN RÁPIDA (ISOSORBIDE)
Una TABLETA SUBLINGUAL DE 5 MG. SU EFECTO SE OBTIENE DE UNO A CINCO MINUTOS Y SE PROLONGA DURANTE DOS O TRES HORAS.
- 2.- NITROGLICERINA (TRINITINA) 0,3 MG. 1 TABLETA - COMO DOBIS INICIAL, VÍA SUBLINGUAL, SI NO CEDE REPETIR A LOS CINCO MINUTOS CON LO CUAL SUELE SER SUFICIENTE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

INFARTO DE MIOCARDIO.

ES LA NECROPSIS ISQUÉMICA DEL MÚSCULO CARDÍACO DEBIDO A LA OCLUSIÓN BRUSCA Y SOSTENIDA DE UNA DE SUS ARTERIAS NUTRICIAS; TROMBOSIS CORONARIA, GENERALMENTE POR ARTERIOESCLEROSIS.

AFECTA COMUNMENTE A LOS HOMBRES, ENTRE LOS 40 Y 50 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES O NO, DE CRISIS ANGINOSAS PREVIAS. OCURRE A VECES DURANTE EL SUEÑO, EL INDIVIDUO ES ATACADO POR UN AGUDO DOLOR RETROESTERNAL, MEDIANAMENTE DISCRETO AL PRINCIPIO PERO QUE PRONTO ALCANZA TAL INTENSIDAD QUE RESULTA INTOLERABLE; DURA VARIAS HORAS, NO CEDA CON LOS CALVANTES COMUNES NI CON EL NITRITO DE AMILO NI LA TRINITINA.

EL PACIENTE SE HALLA EN ESTADO DE COLAPSO, QUE PUEDE SER PASAJERO O EVOLUCIONAR HACIA UN SHOCK CARDIOGENICO. LOS TONOS CARDÍACOS ESTAN APAGADOS. CUANDO EXISTE INSUFICIENCIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, HAY DISNEA.

EL INFARTO DEL MIOCARDIO SE DIFERENCIA DE LA ANGINA DE PECTORIS EN QUE EL DOLOR ES DE LOCALIZACIÓN MÁS BAJA (DOLA DEL ESTERNON O EPICASTRIO) MÁS PROLONGADO, NO SE MODIFICA MAYORMENTE POR LOS NITRITOS NI CALVANTES COMUNES (SOLO CALMA CON MORFINA O SUCEDÁNEOS) Y APARECE AUN DURANTE EL MÁS ABSOLUTO REPOSO (LA CRISIS ANGINOSA; EN CAMBIO SOBREVIENE — TRAS UN ESFUERZO). SI BIEN ESTO ES CIERTO PARA LA MAYORIA DE LOS CASOS DEBERÁ RECORDARSE QUE, EN PACIENTES ANCIANOS Y EN DIABÉTICOS, PUEDE HABER INFARTO SIN DOLOR, CON LA SOLA PRESENCIA DE HIPOTENSIÓN, TAQUICARDIA Y A VECES SIGNOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA.

TRATAMIENTO:

DEMEROL (DILUIR UNA AMPOLLETA DE 2 ML EN 8,
DE AGUA INYECTAR EN VENA 1 O 2 ML POR VEZ
SEGUN EL DOLOR.

2.- INHALACIÓN DE OXIGENO CON MÁSCARA.

3.- SEDACIÓN TRANQUILIZANTES DEL TIPO DEL DIA
SEPAN (VALIUM) 10MG 1/4. O POR BOCA.

4.- REPOSO ABSOLUTO, FÍSICO, PSÍQUICO (RETIRAR
EL TELEFONO Y EVITAR VISITAS, HABITUALMEN-
CARGADAS DE ANGUSTIA).

5.- TRANSLADAR DE INMEDIATO A UN CENTRO HOSPITA
LARIO.

REANIMACION CARDIORRESPIRATORIA.

GENERALMENTE EL PARO CARDIACO ES INSOLUBLE DEL PARO RESPIRATORIO PUES INSTANTANEAMENTE UNO ES SEGUIDO SEGUINDOS DESPUES POR EL OTRO. ASI SE EXPLICA QUE HABLENDOS DE REANIMACION CARDIORRESPIRATORIA PARA TOMAR LAS MEDIDAS ENCAMINADAS A RESTABLECER LA CIRCULACION Y RESPIRACION DETENIDAS BRUSCAMENTE.

MUCHAS PUEDEN SER LAS CAUSAS (NEURALGICAS, TOXICAS, VASCULARES, ELECTROGUCION, ASFIXIA, ETC.) PERO - EN TODOS LOS CASOS SOLO DISPONEMOS DE TRES MINUTOS - DE MUERTE APARENTE ANTES DE QUE LA ANOXIA CEREBRAL - HAGA IRREVERSIBLE EL PROCESO.

POR OTRA PARTE, NO NOS DETENDREMOS A DETERMINAR SI EL PARO CARDIACO (LLANESE ASI AL Cese BRUSCO DE - LOS LATIDOS CARDIACOS) SE DEBE A LA CONTRACCIONES O A LA FIBRILACION VENTRICULAR. ANTES BIEN SIENDO LAS PRIMERAS MEDIDAS -MASAJE CARDIACO- Y RESPIRACION BOCA NARIZ PROCURAREMOS CON TODA PREHURA RESTABLECER - LAS FUNCIONES VITALES, A DESPECHO DE OTRA CONSIDERACION ETIOLOGICA EN PRIMER LUGAR, QUE PODRA Y DEBERA HACER SE DESPUES PARA PROSEGUIR ADECUADAMENTE EL TRATAMIENTO, UNA VEZ ORIENTADA EL DIAGNOSTICO, CON LA ADMINISTRACION CONJUNTA O AISLADA DE LAS DROGAS NECESARIAS O LA DEFIBRILACION ELECTRICA.

LA SINTOMATOLOGIA DEL PARO CARDIACO SE CARACTERIZA POR Cese DEL LATIDO EFECTIVO A NIVEL CAROTIDEOS, PERDIDA BRUSCA DEL CONOCIMIENTO, Cese DE LA RESPIRACION A LOS POCOSSEGUNDOS, DILATACION PUPILAR QUE NO RESPONDE A LA LUZ, PALIDOS CENICIENTA DE PIEL MUGOSAS SILENCIO PRECORDIAL (NO SE AUSCULTAN RUIDOS CARDIACOS)

TRATAMIENTO Y MEDIDAS COMPLEMENTARIAS.

1.- MEDIDAS INMEDIATAS:

EN SU CONJUNTO PERSEGUIEN LA ADOPCIÓN DE UN DECUBITO FIRME QUE FACILITE LAS MANIOBRAS DEL OPERADOR, EL LOGRO DE LAS VÍAS AÉREAS SUPERIORES - Y EVENTUALMENTE DE UNA VÍA VENOSA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

a.) COLOCAR AL PACIENTE EN DECUBITO DORSAL, EN CAMA DURA (DEBE APOYARSE EN UN TABLON BAJO LA ESPALDA), Y EN ÚLTIMA INSTANCIA, SIN TUBOS, ACOSTADO EN EL SUELO.

b.) EXTENDERLE LA CABEZA LEVANTARLE EL MENTÓN CON UNA MANO Y LLEVARLE LA NUCA HACIA ATRÁS CON LA OTRA, PARA QUE LA LENGUA NO OBTURAR LA VÍA AÉREA.

SI EL PACIENTE VOMITA, GIRARLE LA CABEZA HACIA UN COSTADO MANTENIENDO A LA PAR LA EXTENSIÓN DE LA CABEZA. DE ESTE MODO NO SE INHIBA LA VÍA AEREA.

c.) RETIRAR LOS CUERPOS EXTRANOS QUE PUEDA TENER EN LA BOCA (DENTADURAS POSTIZAS ETC) Y ASPIRAR O RETIRAR CON UN PAÑUELO LAS SECRECIONES.

d.) CANALIZAR INMEDIATAMENTE UNA VENA.

II.- VENTILACIÓN.

EXIGE MANTENER LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS - ACTIVOS SI LOS HAY CON LA PREMISA DE ESTAR PREPARADOS PARA EFECTUAR LA RESPIRACIÓN BOCA NARIZ Y LA INTUBACIÓN TRAQUEAL.

CONSIDERAMOS LAS SIGUIENTES POSIBILIDADES.

a.) QUE EL PACIENTE RESPIRA ESPONTANEAMENTE AÚN SE CONSERVARE LA POSICIÓN EXTENDIDA DE LA CABEZA Y SE COLOCARE EN LA BOCA UN TUBO, ROLLO DE TELA, ETC, PARA EVITAR LA CAIDA DE LA LENGUA.

8.) QUE EL PACIENTE NO RESPIRE ESPONTANEAMENTE SE CONSERVARA LA RESPIRACIÓN BOCA NARIZ — HASTA QUE PUEDA SER INTUBADO. SU TÉCNICA — CONSISTE EN COLOCARSE A UN COSTADO DEL PA- CIENTE, PRESIONARLE LA MANDÍBULA CON LA — MANO DE NUDO QUE CONSERVE LA BOCA CERRADA Y LA CABEZA EXTENDIDA Y SOPLAR LA NARIZ DEL PACIENTE CON UN VOLUMEN DE AIRE IGUAL AL DE UNA INSPIRACIÓN CORRIENTE CON UNA FRE- CUENCIA DE 15 VECES POR MINUTO (20 A 40 EN UN NIÑO).

III.- MASAJE CARDÍACO.

DEBE SER SIMULTANEO CON LA RESPIRACIÓN CON UNA FRECUENCIA IDEAL DE 80 POR MINUTO PERO DEPENDIENTE DE LA CIRCUNSTANCIA DE CONTAR O NO CON AYUDANTES, SI SON DOS LOS QUE ASISTEN AL ENFERMO SE HARA UNA RESPIRACIÓN CADA 5 PRESIONES Y SI EL OPERADOR ESTÁ SO- LO HARA ALTERNADAMENTE 3 RESPIRACIONES Y 15 COMPRESIONES. LA EFECTIVIDAD SE VALUA — PALPANDO EL LATIDO CAROTÍDEO Y OBSERVANDO — LA DILATACIÓN PUPILAR Y EL COLOR DE LA PIEL AL VERTER DEL ROSTRO.

LA TÉCNICA ES COMO SIGUE:

ESTANDO EL PACIENTE ACOSTADO COMO SE INDICO, SE LLEVAN LAS DOS MANOS DEL OPERADOR SUPER- PUESTAS SOBRE EL TERCIO INFERIOR DEL ESTER- NON Y SE DEJA CAER EL PESO DEL CUERPO (BRA- ZOS CODOOS EXTENDIDOS) DE NUDO TAL QUE EL — EXTERNÓN DEL PACIENTE HUNDA UNOS 4 CM. HA- LA COLUMNA, LA PRESIÓN DEBE SER ENERGIOSA, — BREVE, PERO NO INTENPESITIVA, PARA NO PROVO- CAR FRACTURAS DE COSTILLA.

IV.- MEDICAMENTOS.

A.-BICARBONATO DE SODIO.

LA ACIDOSIS DEL PACIENTE EN PARO DETERMINA UNA MALA RESPUESTA A LAS CATAFOLAMINAS Y UN MAL MEDIO INTERNO PARA LA CONTRACCIÓN MIOCARDICA.

COMO NO SE PUEDE HACER UNA DOSIFICACIÓN EXACTA, SE INDICA INYECTAR EN UN ADULTO LUEGO DE TRE MINUTOS DE PARO 200 MLG. - DE BICARBONATO DE SODIO (200 ML DE UNA SOLUCIÓN AL 8.4%) EN GOTEJO LIBRE.

B.-CLORURO DE CALCIO.

INDICADO POR SU EFECTO INOTROPICO POSITIVO 1 AMPOLLETA IV 10 ML.

C.-ADRENALINA.

1 ML. DE ADRENALINA AL 1 % IV.

LAS MANIOBRAS HAN DE REPETIRSE HASTA LOGRAN LA REANIMACIÓN O HASTA QUE LA MUERTE SELLE LA BUERTA DEL PACIENTE.

EL ÉXITO DEPENDERÁ DE LA PRONTITUD Y SINCRONIZACIÓN CON QUE SE ACTÚE DE LOS MEDIOS CON QUE SE CUENTE, INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS ETC...

DE GENERAR ÉXITO EN EL CONSULTORIO TRASLADAR AL PACIENTE A UNA UNIDAD HOSPITALARIA LO MAS PRONTO POSIBLE.

CRISIS ASMATICA

LA CRISIS ASMATICA ES PROVOCADA POR EL ESPASMO DE LOS MUSCULOS BRONQUIALES, JUNTO CON LA TUMEFACCIÓN Y EDEMA DE LA MUCOSA BRONQUIAL, Y TRADUCE SIEMPRE UNA PERTURBACIÓN DEL SISTEMA VAGOSIMPATICO.

EL ACCESO O CRISIS ASMATICA SE PRESENTA SUBITAMENTE DESPUÉS DE UNA STRESS SOSTENIDO, MIEDO, EL PACIENTE SIENTE UNA SENSACIÓN DE ANGO O FALTA DE AIRE, Y CON GRANDES DIFICULTADES PARA EXPULSAR EL AIRE (DISNEA ESPIRATORIA) SE HALLA PALIDO O CIANOTICO, SUDOROSO, LA MIRADA ES ANSIOSA Y EL TORAX SE ENCUENTRA DILATADO, SENTADO O INCLINADO HACIA ADELANTE CONCENTRA SUS ESFUERZOS RESPIRATORIOS, QUE CUMPLE CON UNA DIFICULTAD, EL DIAGNOSTICO SE FACILITARA MÁS CUANDO SE OYEN SIBILANCIAS A DISTANCIA O SE AUSCULTA EL TORAX.

TRATAMIENTO:

EL PACIENTE DEBE DE ESTAR SENTADO EN UNA HABITACIÓN BIEN VENTILADA, INALANDO OXIGENO.

MEDICAMENTOS:

AMINOFILINA INTRAVENOSA, ADMINISTRÁNDOSELA LENTAMENTE 1 AMPOLLETA IV LENTAMENTE.

EN NIÑOS SE DEBERA USAR TERBUTALINA (BRICANIL) 1 DECIMA POR CADA CINCO KILOS, INTRADERMICA REPETIR LA DOSIS CADA 20 MINUTOS MAXIMO 3 DOSIS.

VAPORIZACIONES. SI SE DISPONE DE VAPORIZADOR O AEROSOL QUE CONTIENEN SALBUTAMOL (VENTOLIN) DAR AL PACIENTE PARA QUE ASPIRE PROFUNDAMENTE.

LA CRISIS ASMATICA PUEDE DURAR MINUTOS, HORAS, DIAS (ESTADO DE HABL ASMATICO) POR LO QUE SE DEBERA TRABAJAR

MANEJO DE URGENCIA DEL PACIENTE DEL SÍNDROME CONVULSIVO

GENERALIDADES:

EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONVULSIONES SON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS MUY FRECUENTES, TANTO EN NIÑOS COMO EN ADULTOS, HABIENDOSE CALCULADO QUE DE 3 A 5 POR CIENTO TIENE CONVULSIONES REPETIDAS, SIN QUE SE HAYA ENCONTRADO VARIABILIDAD GEOGRÁFICA.

LAS CAUSAS QUE MÁS FRECUENTEMENTE PRODUCEN CONVULSIONES SON LA FIEBRE, PADECIMIENTOS METABÓLICOS, REACCIONES HISTÉRICAS, PADECIMIENTOS INFECCIOSOS, SUSPENSIÓN DE LA TERAPIA ANTICONVULSIVANTE Y LA DE LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS.

LOS PACIENTES CON SÍNDROME CONVULSIVO PRESENTAN CUADROS CLÍNICOS TAN HETEROGÉNICOS QUE REQUIEREN DE GRAN VARIEDAD DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS, DESDE LAS MUY SIMPLES HASTA LAS QUE IMPLICAN MANEJO INTENSIVO, COMO FRECUENTEMENTE SE OBSERVA EN LAS SALAS DE URGENCIAS Y QUE SE ASOCIAN A MORTALIDAD ELEVADA O MORTALIDAD A LARGO PLAZO.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE UNA EVALUACIÓN DE URGENCIA NUNCA ES ADECUADA PARA DETERMINAR LA TERAPÉUTICA A LARGO PLAZO.

PARA EL MANEJO DE URGENCIAS DEL PACIENTE CON CONVULSIONES, ES DE GRAN UTILIDAD LA CLASIFICACIÓN NEUROLÓGICA PROPUESTA POR LOS DOCTORES JOHN P. CONWAY Y JAMES P. LOZANARO, LA CLASIFICACIÓN NEUROLÓGICA Y ELECTROENCEFALOGRAFICA ADQUIERE MAYOR IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO A LARGO PLAZO DE ESTOS PACIENTES.

SI UNA PERSONA SUFRE UNA CONVULSIÓN SUELE VERLO EL MÉDICO DE CONTACTO PRIMARIO O DE LA SALA DE URGENCIAS CUANDO LA CONVULSIÓN YA HA TERMINADO,

SIN EMBARGO, ES MUY IMPORTANTE LLEVAR A CABO

UN INTERROGATORIO Y UNA EXPLORACIÓN MINUCIOSA, YA QUE - DICHA CONVULSIÓN PUEDE SER LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ALGUN PADECIMIENTO GRAVE. SI EL PACIENTE TIENE DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA CRÓNICA, DEBERÁ INVESTIGARSE CUALQUIER - PROCESO SUBYACENTE, ASÍ COMO EL TIPO Y LA DOSIS DEL ANTI CONVULSIVANTE QUE UTILICE.

EN CASO DE QUE LA CONVULSIÓN SE REPITIERA O SE ENCONTRARAN DATOS NEUROLÓGICOS DE ANORMALIDAD, EL PACIENTE DEBERÁ HOSPITALIZARSE PARA SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

LOS NIÑOS EN LOS QUE SE SOSPECHA MENINGITIS, Y LOS NIÑOS Y ADULTOS CON SÍNDROME DE STROKE-ADAMS, ASÍ - COMO TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ALGÚN DATO NEUROLÓGICO DE ANORMALIDAD Y SE DESCONOZCA LA ETIOLOGÍA DE LA CONVULSIÓN, DEBERÁN SER HOSPITALIZADOS EN CUALQUIER OCA- SIÓN.

CUANDO EL PACIENTE HAYA SUFRIDO UNA SOLA CONVULSIÓN, Y LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA NO PROPORCIONE DATOS DE ANORMALIDAD, PODRÁ NO NECESITARSE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LAS SALAS DE URGENCIAS, PERO HABRÁN DE TOMARSE MEDIDAS PARA QUE EL PACIENTE SE MANTENGA BAJO OBSERVACIÓN NEUROLÓGICA ULTERIOR EN LA CONSULTA EXTERNA, YA QUE PODRÍA TENER ALGÚN PADECIMIENTO DE IMPORTANCIA.

EXISTE CONTROVERSIDA EN CUANTO A SI SE DEBE INSTITUIR TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES A - LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CONVULSIONES SECUNDARIAS - SÍNDROME FEBRIL.

NUESTRO CRITERIOS SON TRATAR ÚNICAMENTE EL PADECIMIENTO SUBYACENTE, ASÍ COMO LA FIEBRE; PERO, SI LAS CONVULSIONES SE REPITEN, CONSIDERAMOS CONVENIENTE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICONVULSIVANTES EN UN ESFUERZO PARA DISMINUIR LA MORBILIDAD, AUNQUE TAMBIÉN A ESTE RESPECTO EXISTE CONTROVERSIDA.

ES IMPORTANTE ESTABLECER RÁPIDAMENTE EL DIAGNÓSTICO EN AQUELLOS PACIENTES QUE PRESENTEN CONVULSIONES REPETIDAS, AUNQUE RECUPEREN EL ALERTA ENTRE ELLAS, PUESTO QUE EN CUALQUIER MOMENTO PUEDEN NECESITAR TRATAMIENTO IN-

TENSIVO YA QUE, A MAYOR DURACIÓN DE LAS CRISIS, MAYOR ES LA MORBILIDAD QUE SE PRESENTA.

EL PACIENTE QUE PRESENTA CONVULSIONES REPETIDAS PERO CONSERVA EL ALERTA, AUNQUE ALTERADO, PUEDE SUFRIR EPILEPSIA PARCIAL CONTINUA, PEQUEÑO MAL O ESTADO EPILEPTICO - PSICOMOTOR, Y SE DEBE HOSPITALIZAR PARA SU ESTUDIO.

POR LO GENERAL, ESTOS PACIENTES NO NECESITAN MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES EN LA SALA DE URGENCIAS, A MENOS QUE SE ENCUENTRE COMPROMETIDA LA FUNCIÓN CARDIORRESPIRATORIA, LAS CRISIS CONVULSIVAS SEAN FATIGANTES, O EL ESTADO CLINICO PROGRESE HACIA FENÓMENOS DE ALERTA.

LOS PACIENTES QUE PRESENTAN CONVULSIONES REPETIDAS Y NO RECUPERAN EL ALERTA PUEDEN PRESENTAR CUADRO CLÍNICOS COMO ESTADO EPILEPTICO MIOCLÍNICO Y GENERALIZADO, Y REQUIEREN ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA POR EL ALTO RIESGO QUE CORREN DE PERDER LA VIDA POR LOS TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN CARDIORRESPIRATORIA INHERENTES A SU MAL.

TRATAMIENTO:

EL MANEJO DEL PACIENTE CON CONVULSIONES CONSISTE PRIMERAMENTE EN EL RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS, EN LA CLASIFICACIÓN DE LAS CONVULSIONES, EN EL DESCUBRIMIENTO DE ALGUN PADECIMIENTO SUBYACENTE QUE PUEDERA SER EL CAUSANTE - ASÍ COMO TAMBIEN EN LA INSTITUCIÓN DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

CUANDO YA SE HA HECHO EL DIAGNÓSTICO Y SE DECIDE INSTITUIR UN TRATAMIENTO (ANTICONVULSIVANTE Y DE APOYO), EL OBJETIVO FINAL DE ESTE DEBERÁ SER EL MEJOR EFECTO COLATERAL, LO QUE PUEDE CONSEGUIRSE MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL SIGUIENTE ESQUEMA DE MANEJO.

CUIDADOS INMEDIATOS:

A.- ESTADO PREGONVULSIVO.

- 1.) ESTABLECIMIENTO DE UN MEDIO DE COMUNICACIÓN ADECUADO CON EL ENFERMO.

- 2.) COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN UN AMBIENTE TRANQUILO.
- 3.) PROTECCIÓN DEL PACIENTE CONTRA POSIBLES TRAUMATISMOS.
- 4.) VIGILANCIA CONTINUA DEL PACIENTE.
- 5.) VIGILANCIA DEL PULSO, TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL Y DIURESIS.
- 6.) CATERIZACIÓN DE UNA VENA PARA ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.
- 7.) PREPARACIÓN DE UN EQUIPO DE SUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL.

B.- ESTADO CONVULSIVO.

- 1.) COLOCACIÓN DE LA CÁMULA DE GAUDEL O DEL SUSTITUTO DE ELLA.
- 2.) COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO DORSAL.
- 3.) ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARINGEAS.
- 4.) VIGILANCIA CONTINUA PARA EVITAR QUE LA CABEZA TENGA MOVIMIENTOS FORZADOS.

C.- ESTADO POSTCONVULSIVO.

- 1.) REORIENTACIÓN DEL ENFERMO.
- 2.) APoyo EMOCIONAL AL ENFERMO.
- 3.) COLOCACIÓN DE LA CABEZA DEL ENFERMO HACIA UN LADO.
- 4.) ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARINGEAS.
- 5.) ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO, SE CONSIDERA NECESARIO.
- 6.) HIGIENE BUCAL.
- 7.) EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA.

CUIDADOS ULTERIORES.

- 1.- MANTENIMIENTO DE UNA VIGILANCIA CONTINUA.
- 2.- REGISTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CONVULSIONES.
- 3.- ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE HAGAN NECESARIOS.

PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CONVULSIONES, ES MUY IMPORTANTE CONOCER BIEN ALGUNOS MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES, YA QUE CON SU ADMINISTRACIÓN SE PUEDE CONTROLAR EL ESTADO EPILÉPTICO O LLEVAR AL PACIENTE A UN UN TIPO DE CRISIS CONVULSIVA CUYO RIESGO DE MORTALIDAD Y

MORBILIDAD SEA MENOR. LO ANTERIOR OBLIGA AL MEDICO A ESTAR FAMILIARIZADO CON EL EMPLEO DE TRES O CUATRO MEDICAMENTOS CUYA EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ESTA ENTIDAD HAYA SIDO PROBADA DE ELLOS, LOS MÁS COMUNMENTE UTILIZADOS SON:

A.- DIAZEPAM.

EN LOS ADULTOS, SE PUEDEN UTILIZAR 10 MG. DE DIAZEPAM DILUIDOS EN SOLUCIÓN SALINA O DE DEXTROSA EN 2 - 3 MINUTOS. SI LAS CONVULSIONES NO CEDEM CON LA PRIMERA APLICACIÓN, PODRÁ REPETIRSE LA DOSIS CADA 10 MINUTOS HASTA UN MÁXIMO TOTAL DE 120 MG. PARA 24 HRS.

EN LOS NIÑOS, LA DOSIS GENERALMENTE UTIL ES DE 0.5 MG/KG. DE PESO CORPORAL, CON UN MÁXIMO DE 10 MG. EN ADMINISTRACIÓN ÚNICA.

EN ESTAS CANTIDADES, SON POCO FRECUENTES LOS EFECTOS COLATERALES SERIOS, PERO SI SE ADMINISTAN DOSIS ELEVADAS EN CORTO TIEMPO, PUEDEN PRESENTARSE HIPOTENSIÓN, BRADICARDIA, PÉRDIDA DEL TONO MUSCULAR E INCLUSIVE DEPRESIÓN RESPIRATORIA HIPOTENSIÓN Y PARO CARDIACO.

B.- FENOBARBITAL.

ALGUNOS AUTORES SUGIEREN LA UTILIZACIÓN DE 200MG DE FENOBARBITAL DILUIDOS EN 50 ML. DE SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DURANTE 10 MINUTOS, COMO DOSIS INICIAL.

ESTA PODRÁ REPETIRSE 20 MINUTOS MÁS TARDE SI LAS CONVULSIONES NO HAN SIDO CONTROLADAS.

PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS PUEDE UTILIZARSE UNA DOSIS INICIAL DE 5 MG/KG. DE PESO CORPORAL A LOS 20 MINUTOS.

LA DOSIS ELEVADA DEL FENOBARBITAL COMPARTIENDO CON LOS OTROS BARBITÚRICOS LA PROPIEDAD DE DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

C.- DIFENILHIDANTOÍNA.

PUEDEN UTILIZARSE 25 MG. DE DIFENILHIDANTOÍNATO DE SODIO POR MINUTO, CUANDO EL MEDICAMENTO SE HA DILUIDO EN SOLUCIÓN SALINA O DE DEXTROSA;

LA INFUSIÓN DEBERÁ SUSPENDERSE CUANDO LAS —
CONVULSIONES DESAPAREZCAN, CUANDO LA DOSIS —
TOTAL ADMINISTRADA SEA DE 1000 MG. O CUANDO
EXISTA HIPOTENSIÓN, DEPRESIÓN RESPIRATORIA,—
ALARGAMIENTO DEL COMPLEJO QRS O DE LOS ESPACIOS PR O QT, ASÍ COMO CUANDO SE OBSERVE APLA—
NAMIENTO DE LA ONDA T DEL ELECTROCARDIOGRAMA.

GENERALMENTE, LAS CAUSAS DEL FRACASO TERAPÉUTICO
SON:

- 1.- MALA DISPOSICIÓN DEL PACIENTE PARA SU TRATA—
MIENTO.
- 2.- DIAGNÓSTICO INADECUADO DE LAS CONVULSIONES.
- 3.- EXISTENCIA DE UN PADECIMIENTO NEUROLÓGICO EN
EVOLUCIÓN QUE NO HAYA SIDO DESCOBIERTO.
- 4.- SELECCIÓN INADECUADA DEL MEDICAMENTO.
- 5.- DOSIFICACIÓN INADECUADA DEL MEDICAMENTO.
- 6.- SUPRESIÓN INADECUADA DEL MEDICAMENTO.

CUANDO TODAS LAS MEDIDAS FARMACOLÓGICAS HAN FRA—
CASADO SE PUEDE UTILIZAR ANESTESIA GENERAL.

CONCLUSIONES :

LAS COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CONSULTORIO DENTAL, DEBEN SER PREVENIDAS CON ANTICIPACIÓN CON EL EQUIPO ADECUADO PARA CADA UNA DE ELLAS.

ESTO IMPLICA QUE EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR ACTUALIZADO SOBRE EL MANEJO DE ACCIDENTES Y COMPLICACIONES, YA SEAN DE ORIGEN DENTAL O MÉDICO INCLUYENDO LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO.

EL ODONTÓLOGO DEBE REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA LO MÁS COMPLETA POSIBLE PARA CONOCER SI LA SALUD DEL PACIENTE ES SATISFACTORIA O POSIBLEMENTE ES ALGÚN PACIENTE QUE EN UN MOMENTO DADO NOS PUDIERA CAUSAR ALGUNA COMPLICACIÓN.

LAS COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DEBEN SEGUIR — NORMAS PRECISAS QUE PERMITAN AL ODONTÓLOGO UNA ATENCIÓN MÁS EFICIENTE.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.) ALBERTO DELUCHI LEVENE
MANUAL DE MEDICINA DE URGENCIAS
EDITORIAL ATEYEC
DECENOQUARTA EDICIÓN.
- 2.) COSTICH.
CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
1974
- 3.) FRANK M. MCCARTHY
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
EDITORIAL ATENEO
SEGUNDA EDICIÓN.
- 4.) J. GINEVEST
CIRUGIA ESTOMATOLÓGICA Y
MAXILOFACIAL.
- 5.) HANFILL J.F. Y CARTER S.
FEBRILE CONVULSIONS NEW ENGL.
J. MED.
1966
- 6.) MEMORANDUM PERIONE J.
EPILEPSIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
LA PRENSA MEDICA MEXICANA
MÉXICO 1974.
- 7.) KASSEN GUSTAVO.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 8.) NUCLEO S.L.A.
NUCLEO DE EXODONCIA.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA 1981.
- 9.) NUCLEO S.L.A.
TÉCNICAS QUIRURGICAS.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA 1981.
- 10.) OLIVARES L. BARRIGA R.
CABACHO R. Y TRACOMIS M.
LA EPILEPSIA EN MÉXICO
SALUD PÚBLICA DE MÉXICO.
1972.

11.) RIES CENTENO S.A.

CIRUGIA DUCAL
EDITORIAL ATE20
1961.

12.) J. HARRY ARCHER.

CIRUGIA DUCAL.
EDITORIAL LUNBI
SEGUNDA EDICIÓN
TOMO II